



임산부 의료 혜택 신청서  
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

이 의료 혜택 신청은 19세 이상의 임산부를 위한 것입니다.

만일 귀하가 19세 이상이고 임신중인 경우 이 신청서를 기입하여 귀하 거주지역의 보건사회부 지역사무소로 우송 하십시오. 질문이 있는 경우, 헬씨 마더스, 헬씨 베이비스로 전화하십시오:

1-800-322-2588  
( 청각장애인 1-800-833-6385 )

만일 귀하가:

- 임신중이고 **19세** 미만인 경우에는 1-800-562-3022(청각장애인 1-800-848-5429)로 전화하십시오.
- 임신중이고 베이직 헬쓰 임산부 혜택을 신청하기 원하는 성인은 1-800-660-9840으로 전화하십시오.
- 임신중이 아니고 푸드 스탬프나 현금 무상 보조를 원하는 성인은 귀하의 지역 사무소로 연락하십시오. 귀하는 노란색의 혜택 신청서, DSHS 14-001 (X) 양식이 필요합니다. 귀하 지역의 지역사무소 전화를 아시려면 귀하 전호번호부의 정부기관 페이지(푸른색)에서 워싱턴 주, 지역 사무소를 찾으시면 됩니다.

# 임산부를 위한 건강 보호... 무료임. 다음과 같이 신청 !

구하의 신청서에 기입할 내용의 목록:

- 가족 수입: 구하 가족의 모든 수입. 이용할 수 있는 정보는:

- 남편/ 아내 혹은 모든 가족의 수입을 기재한 최근의 소득 명세서
- 총수입(세금 제외하기전의)을 증명하는 고용주로부터의 편지
- 만일 누가 자녀 양육 보조를 받는 경우 법원의 후견인 동의서
- 지난 30일간의 자영업 기록: 또는
- 혜택에 대한 수혜 지급 통지서 (예를 들면: 퇴역 군인 사무처, 노동 산업부, 실업국, 사회 보장국)

- 임산부의 소셜 시큐리티 번호를 포함할 것

그리고

- 의사, 간호사 또는 실험 연구원으로부터의 임신 증명서

소득증명과 임신증명서를 포함한 완전 기입된 신청서를 구하의 지역 사무소로 우송하십시오.

현 베이직 헬스 수혜자로서 임신이 된 경우 베이직 헬쓰 임산부 혜택 신청서를 받으시려면 1-800-660-9840으로 전화하십시오.

**임산부 의료 혜택 신청서**  
**APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS**

신청서를 기입 하기 전에 다음 내용을 읽으십시오.

이 신청서는 의료보호가 필요한 임산부의 사실 진술서입니다. 우리가 고하를 도울 수 있는가 여부를 알기전에  
고하는 다음의 모든 질문에 대답할 필요가 있습니다.

이 신청서 작성을 도와 주는 기관: \_\_\_\_\_

1. 이름		성					
2. 거주지 주소		번지수	시명				
3. 우편배달주소(의와 다른 경우)		번지수	시명				
4. 전화번호		주명					
자택 ( )		우편번호					
직장 ( )							
자동응답기 ( )							
5. 고하는 영어를 말하고 읽고 쓰는 것이 불편합니까? _____ 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>							
고하는 통역사가 필요합니까? _____ 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>							
어느나라 말을 하십니까? _____							
6. 임산부의 해산 예정일 _____							
7. 임산부의 건강이 지금 즉시 의료 보호를 할 만큼 문제가 있습니까?							
				예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>			
<b>일반정보</b>							
8. 고하와 함께 사는 고하를 포함해 모두 기입하십시오. 별명이 아닌 법적 이름을 기입할 것. 소설 시큐리티 번호를 모르면 공란으로 비어 놀 것.							
성명(이름, 성)		고하와의 관계	생일 (월/일/년)	혜택신청 여부 예 아니오	* 시민권 여부 예 아니오	소설 시큐리티 번호	성별 남, 여
A.		본인		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
B. 가족들							
C.							
D.							
E.							
F.							
G.							
H.							
<b>경비</b>							
9. 고하는 고하가 직장에 있는 동안 다른 사람을 고용 고하의 자녀 혹은 다른 부양자를 돌봐야 합니까?		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	그렇다면 월 지불액은?		\$		
10. 고하는 같이 살지 않는 자녀를 위해 자녀 양육비를 지불하고 있습니까?		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	그렇다면 월 지불액은?		\$		

\* 미국 시민권자인 경우 3페이지를 기입할 것. - 이민 신분 상태

PAGE 1

총수입을 기재할 것. 꼭하나 배우자가 일을 하지 않을 경우에는 "0"를 기입.

의료정보

23. 건강 보험을 이미 가지고 있는가? 예  아니오

만일 '예'에 대답했으면 귀하의 보험회사나 고용주, 보험 증서 번호 및 보험 소지자의 이름 및 소셜 시큐리티 번호를 기재할 것. 이미 건강 보험을 가지고 있더라도 귀하는 의료 혜택을 받을 수 있습니다.

보험 회사 혹은 고용주	보험 증서 번호	보험 소지자 이름	보험 소지자 소설 시큐리티 번호

24. 귀하의 어느 누구라도 지난 3개월간 임산부 보조나 임산부 케이스 관리를 비롯한 의료 서비스를 받은 적이 있습니까?

예  아니오

자발적 정보

우리는 귀하에게 귀하의 인종이나 문화적 배경을 자발적으로 알려줄 것을 부탁합니다. 이 정보는 귀하의 혜택 자격 여부를 결정하는데 이용되지 않습니다.  그나마  츠마  그고. 임디마/인디스마/임디마  빼트나/파우/파브디마

코카시안       흑인       미국 인디안/알라스카 인디안       베트남/라오/캄보디안  
 히스패닉       다른 아시아 혹은 태평양 국도 주민       기타 \_\_\_\_\_

## 신명하기 전에 자세히 읽을 것

**본인은 다음의 내용을 이해합니다.:**

- 본인의 신분에 변화가 있을 경우 본인은 보사부에 서면 혹은 전화로 즉시 보고할 것임. 보고의 지연은 부적당한 혜택의 원인이 될 수 있음
- 본인의 상태는 보사부 혹은 주정부나 연방정부의 다른 요원의 확인에 의거함.
- 본인은 혜택 자격 여부를 증명하여야 함. 보사부는 본인의 증명을 돋거나 증명을 위해 다른 개인이나 요원에게 연락할 수 있음.
- 의료 보호 혜택의 신청이나 수혜를 받음으로 본인은 의료 보호에 관한 여하한 의료 보조나 의료 보호에 관한 제 3자에게의 지불을 위성된 주제에 위임함.
- 보사부는 귀하 의료 프로그램 행정의 용도로 보건국의 아동 프로필 예방주사 추적 시스템과 귀하 자녀의 예방주사 기록을 공유할 수 있음
- **본인은 이 신청서가 임산부를 위한 의료혜택 용도로만 사용됨을 숙지함. 나의 가족이 푸드스탬프나 재정 보조가 필요할 경우에는 보사부 지역 사무소를 통해 신청할 것임.**

### 이민 신분 상태

유학생 및 여행자를 제외한 미 시민권자가 아닌 사람이 의료 혜택을 신청할 경우에는 반드시 이 부분을 기재하여야 함. 귀하가 직법 이민자인 경우는 그 서류의 양면을 복사하여 이 신청서에 첨부하여야 함. 귀하는 이 혜택을 신청하지 않는 가족의 이민 신분 상태의 증명은 하지 않아도 됨.

의료 혜택 신청자 이름	귀하는 미 시민권자 입니까?	미 시민권자가 아니라면	
		귀하의 이민 신분 상태를 증명할 서류를 받았습니까?	그리(?)다면 미국 도착 일자는?
이름	성	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
이름	성	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
이름	성	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
이름	성	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
이름	성	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### 신언 및 서명

본인은 이 신청서의 내용을 다 읽었고 이해 했습니다. 본인은 위증죄 처벌 법령 하에 이 신청서에 기재한 정보가 사실이고 정확하며 본인이 알고 있는 모든 내용인 것을 신언합니다.

신청자 서명	날짜
--------	----

보사부가 집행하는 모든 프로그램과 활동은 차별이 금지되어 있습니다. 인종, 피부색, 신념, 정치관, 출생국적, 종교, 연령, 성별 또는 신체장애로 인해 이 프로그램이나 활동에서 제외될 수 없습니다.